

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul-Antoine MARINETTI

Né le 30 décembre 1913, à Paris
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Ancien interne de l'hôpital d'Argenteuil

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

ET

GROSSESSE NORMALE

Président : M. PIERRE MOCQUOT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul-Antoine MARINETTI

Né le 30 décembre 1913, à Paris
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Ancien interne de l'hôpital d'Argenteuil

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

ET

GROSSESSE NORMALE

Président : M. PIERRE MOCQUOT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HASARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) . Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET.... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIÈVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obs étrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS.... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie
 SCHWARTZ..... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM. ALAJOUANINE. AUBERTIN. BRULÉ. CHABROL. DONZELOT. DUVOIR. LIAN. VALLERY-RADOT (Pasteur). SÉZARY.	} Clinique médicale.	MM. BASSET. BROCQ. CADENAT. GATELLIER. MOURE. QUENU. VELTER.	} Clinique chirurgicale.
---	----------------------	---	--------------------------

MM. ÉCALLE. METZGER.	} Clinique obstétricale.
----------------------------	--------------------------

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. CHAILLEY-BERT, agrégé LEDOUX-LEBARD RUPPE WEIL-HALLE	Éducation physique. Radiologie clinique. Stomatologie. Puériculture.
---	---

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MES BEAUX-PARENTS

A MES BEAUX-FRÈRES MARCEL ET LOUIS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE MOCQUOT
Professeur de Clinique Gynécologique.

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommage de notre vive gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS DEVRAIGNE

Chef de la Maternité de l'Hôpital Lariboisière

*Qui nous a inspiré ce travail.
Hommage de notre plus grande reconnaissance pour sa bienveillance et ses précieux enseignements.*

A MES MAÎTRES A L'HÔPITAL D'ARGENTEUIL

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE GRISSAC

Médecin-chef de l'Hôpital

A MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ MIGNOT

Ancien chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-assistant à l'Hôpital Broussais

Médecin-chef des Pavillons des voies respiratoires

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARC LUMIÈRE

Médecin-chef du Service de Pédiatrie

A MESSIEURS LES DOCTEURS

BERTRAND, AUCLAIR, QUÉRIAULT

COLLIN, DETROIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Stages :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMAND
MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT
MONSIEUR LE DOCTEUR SAINTON
MONSIEUR LE DOCTEUR LÉVY-VALENSI
MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR RIST
MONSIEUR LE DOCTEUR HOUDARD
MONSIEUR LE PROFESSEUR HEITZ-BOYER
MONSIEUR LE DOCTEUR BOLTANSKI
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBOULLET

Internat à l'Hôpital d'Argenteuil :

MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ MIGNOT
MONSIEUR LE DOCTEUR MARC LUMIÈRE

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE ET GROSSESSE NORMALE

Introduction.

Dans ce travail, inspiré par notre maître Devraigne, et dont les éléments furent puisés dans les archives de la Maternité de Lariboisière, nous nous proposons de démontrer, à l'aide d'observations inédites, la fréquence des grossesses normales chez des femmes opérées de grossesse ectopique.

Cette notion est déjà fort ancienne. A la fin du xviii^e siècle, le professeur hollandais Abraham Cyprianus opéra de grossesse ectopique une femme qui ultérieurement accoucha deux fois normalement. De nombreuses observations furent rapportées par la suite : il s'agissait presque toujours de grossesse extra-utérine diagnostiquée à l'autopsie, chez des femmes ayant eu des enfants avant et après cette grossesse ectopique.

Beaudelocque, Capuron, Gardien, Jacquemier signalent la possibilité de conception normale après grossesse ectopique. Velpeau y insiste de son côté. Parry sur 500 cas de grossesses ectopiques, en cite 22 qui furent suivis de conception normale. A cette

époque, le lithopédion était une trouvaille d'autopsie assez fréquente ; la grossesse tubaire était rarement diagnostiquée, et exceptionnellement opérée.

Cependant, à la fin du XIX^e siècle, avec les progrès de la chirurgie, la majorité des chirurgiens se prononcent en faveur de l'intervention. On avait en effet remarqué que chez les femmes qui n'avaient pas été opérées les grossesses ultérieures étaient fréquemment compliquées.

Barnes, dans son *Traité des Maladies des Femmes*, insiste sur les dangers que font courir ces nouvelles grossesses.

L. Funck-Brentano, dans sa thèse (1898), rapporte l'observation personnelle d'une femme qui, entre sa septième et sa neuvième grossesse utérine, mena presque à terme une grossesse ectopique et refusa de se laisser opérer, malgré les conseils de Varnier et de Bar. En outre, l'auteur rapporte 127 cas où une et même plusieurs grossesses utérines survinrent après une grossesse ectopique.

Quelques années plus tard, on s'occupera surtout des récidives de grossesse ectopique.

Varnier et son élève Sens, Sauvé et Filhoulaud, Bouchet, de Lyon, enfin, à l'étranger, de nombreux auteurs accumulent de nouvelles observations. La récidive paraît fréquente et accapare l'attention des chirurgiens ; on perd de vue la possibilité de conception normale après grossesse ectopique.

Pour éviter la récidive, presque fatale d'après cer-

tains, des chirurgiens, la plupart allemands, conseillent la salpingectomie bilatérale.

Plus tard, et jusqu'à nos jours, on essaiera d'élucider la pathogénie de la nidation ectopique et on recherchera le retentissement de la grossesse extra-utérine sur le fonctionnement ultérieur de l'appareil génital.

C'est ce que nous envisagerons dans les deux chapitres suivants.

Rappel des divers facteurs déterminant la nidation ectopique.

MÉCANISME DE LA FÉCONDATION NORMALE.

Nous savons que l'ovocyte expulsé par le follicule de de Graaf est recueilli par le pavillon de la trompe, soit que le pavillon vienne s'appliquer sur l'ovaire par le jeu d'une sorte d'orgasme (qui serait dû aux hormones du corps jaune), soit que l'épithélium péritonéal se couvre au moment de la ponte de cils vibratiles temporaires, dans la région tubo-ovarique particulièrement, ces cils charriant l'ovule vers l'orifice tubaire. Il en résulte qu'un ovocyte né d'un ovaire peut arriver dans l'utérus par la trompe du côté opposé.

L'ovocyte recueilli accomplit sa migration intra-tubaire grâce aux cils vibratiles de l'épithélium tubaire, aux contractions de la trompe, et à un courant séreux allant vers la cavité utérine (Cotte). Puis l'ovocyte arrive dans l'utérus ; s'il n'est pas fécondé, il est expulsé. Dans le cas contraire, il fait sa nidation dans la muqueuse utérine.

La fécondation se fait très haut, dans le quart externe de la trompe ou même sur l'ovaire. La seg-

mentation commence immédiatement. L'œuf arrive dans l'utérus au stade morula. Il continue à se segmenter ; il s'entoure du trophoblaste qui pénétrera par effraction dans la profondeur de la muqueuse utérine modifiée par l'action du corps jaune.

Au cours de cette migration, l'œuf joue un rôle essentiellement passif, en dehors de la formation du trophoblaste ; il est aisé de penser que cette migration pourra être modifiée par toutes les lésions et les malformations utéro-annexielles que l'ovocyte rencontrera sur son passage.

La nidation pourra se faire soit dans une corne utérine, soit dans la partie basse de l'utérus, entraînant un placenta praevia. Mais les lésions ou malformations ralentiront surtout la migration de l'ovule fécondé, et l'œuf se greffera tantôt sur l'ovaire, tantôt sur un point quelconque de la trompe, le plus souvent dans la région ampullaire.

Les malformations responsables de cette greffe anormale sont rares mais incontestables :

Hypoplasie des organes génitaux avec trompes minces et flexueuses (Freund, Karl et Abel).

Coudures diverses congénitales ou acquises, à la suite d'interventions sur l'appareil génital ;

Les diverticules où un œuf vient se loger, qui sont des raretés.

Par contre, les lésions inflammatoires des annexes ont un rôle bien établi dans la nidation ectopique : Il s'agit de rétrécissements de la lumière de la trompe, d'hyperplasie des franges du pavillon, de sclérose

avec diminution ou disparition de la contractilité ; mais des lésions plus discrètes, histologiques, peuvent empêcher le transit ovulaire : telle la disparition des cils vibratiles de l'épithélium tubaire, cause importante pour L. Tait. Du côté de l'ovaire, on peut trouver des brides, des lésions de péritonite chronique ne permettant pas à l'œuf de progresser et expliquant les grossesses ovariennes.

Cliniquement, il s'agit de séquelles de *salpingites* du post-partum, et surtout du post-abortum, salpingites en général streptococciques et unilatérales.

Mais bien plus souvent, le microbe en cause est le *gonocoque*.

La lésion peut être ancienne et actuellement refroidie, mais des modifications qualitatives de la muqueuse tubaire suffiront à ralentir le transit ovulaire. A plus forte raison s'il s'agit de grosses lésions de salpingite encore actives ou mal refroidies, avec adhérences, coudures, rétrécissements de la trompe et métrite coexistante.

Ces lésions gonococciques, bilatérales d'emblée, prédisposent aux récidives:

Tels sont les facteurs les plus fréquents de la *grossesse extra-utérine* selon les classiques.

En regard de ces causes maternelles, l'ovule ne paraît jouer qu'un rôle secondaire dans les anomalies de la nidation.

Cependant, Sippel et Henricus invoquent des trou-

bles biologiques de l'œuf même pour expliquer la nidation ectopique.

Modification de la viscosité du liquide folliculaire ; lenteur de la migration de l'œuf qui augmente rapidement de volume et ne peut plus franchir les segments rétrécis de l'oviducte.

Strassmann soutient que les ovaires malades (ovarite gonococcique ou scléro-kystique) produisent des œufs malades, augmentés de volume, ayant subi des modifications de leur membrane granuleuse, et prédisposés à se fixer de bonne heure.

Nisot, de son côté, attribue à l'hyperémie tubaire un rôle important, cette hyperémie étant provoquée par des causes diverses (inflammatoires, endocriennes).

Malgré ces notions, le mécanisme de la nidation ectopique reste souvent obscur ; comment expliquer la possibilité de grossesses normales chez des femmes opérées de grossesse extra-utérine ?

Lorsque les voies génitales sont normales, ce qui sera confirmé par des grossesses utérines ultérieures, on est obligé d'admettre des causes ovulaires.

Nous avons vu que l'ovule intervenait dans le phénomène de la nidation par son trophoblaste, et que le retard de la transformation en blastula, le retard ou la carence des propriétés cytolytiques du trophoblaste expliquaient l'insertion basse du placenta.

De même une blastulation précoce, l'apparition prématurée du trophoblaste histolytique peut expliquer la grossesse ectopique, sans l'intervention d'une

anomalie ou malformation congénitale, ou d'une lésion inflammatoire acquise.

L'évolution du zygote étant accélérée, le trophoblaste se trouve au contact de la muqueuse tubaire, et s'y greffe. Cette explication nous semble devoir être retenue dans tous les cas où l'on trouve un appareil génital intact. On doit en tenir compte pour l'avenir des femmes opérées de grossesse extra-utérine.

Avenir des femmes opérées de grossesse ectopique.

La récurrence est la première éventualité à envisager. Cependant sa fréquence est minime : les chiffres recueillis oscillent entre 4 et 6 %.

Varnier a publié la première statistique en 1900 : il donne 50 récurrences pour 951 cas, ce qui fait 6,3 %. Mais il ajoute que ce chiffre est inférieur à la réalité, les récurrences pouvant survenir très longtemps après la première grossesse ectopique.

Smith, dans une statistique personnelle, apporte 114 récurrences pour 2.998 cas, soit 3,8 %.

Torre, de Milan, donne le taux de 6,35 % de récurrences pour 482 cas.

La pathogénie de ces récurrences est très discutée. Il semble logique de penser que la cause subsistant, la récurrence est fatale. Nous avons vu en effet que les lésions annexielles responsables de la nidation ectopique sont pratiquement bilatérales. D'ailleurs, on a pu voir chez la même femme les deux trompes devenir gravides à quelques mois d'intervalle, ce qui montre bien l'identité de cause pour ces grossesses bilatérales.

Cependant certains auteurs, comme Hartmann, incriminent les adhérences inflammatoires consécutives à la première intervention, surtout s'il y avait une hématocele.

Sans doute c'est un facteur dont il faut tenir compte. Il existe toujours des déformations de l'appareil génital après la première intervention : la deuxième trompe même saine en apparence, peut être déformée par la latéro-déviation utérine due à la castration unilatérale et vérifiée par la radiographie après injection de lipiodol intra-utérin (Thèse de J. Martin).

Mais ces causes ne suffisent pas à expliquer la récidive, et souvent, lors de la première intervention, elle est imprévisible. En effet, des lésions importantes de salpingite gonococcique peuvent régresser complètement, alors que l'endosalpingite d'une trompe macroscopiquement saine suffira à gêner le transit ovulaire.

Bruel (thèse de Paris), analysant de nombreux cas opérés, affirme qu'il était impossible dans presque tous les cas de prévoir la récidive, les annexes étant saines en apparence. Enfin, l'intégrité histologique de la trompe gravide a pu être démontrée (Paquy, thèse de Paris).

Il semble donc bien que la cause de la nidation ectopique n'agit pas d'une façon permanente. Autrement on ne pourrait expliquer les grossesses utérines intercalaires, assez fréquentes pour avoir déjà attiré l'attention de Varnier (6 fois sur 65 cas de récidive), de Smith (9 fois sur 132 cas).

De toute façon, la récurrence n'est pas plus redoutable que la première grossesse ectopique, et de plus on peut la considérer comme une éventualité rare expliquée par la *stérilité* persistante après la première intervention.

La stérilité serait en effet très fréquente, pour beaucoup d'auteurs : Jacques Martin, dans une statistique personnelle, donne un pourcentage de 76 %. Mais ce chiffre est délicat à interpréter, car il faut tenir compte de la stérilité volontaire, la crainte d'une récurrence pouvant en être la cause.

Les lésions de l'appareil génital suffisent à expliquer cette stérilité : la latérodéviation utérine, les adhérences, l'imperméabilité tubaire, vérifiable par le lipiodol, sont les séquelles fréquentes de l'intervention.

Il faut y ajouter les lésions ovariennes, surtout l'ovarite scléro-kystique, si fréquente. Des troubles endocriniens peuvent également se produire, réalisant une ménopause anticipée.

Cette stérilité n'est pas toujours définitive : lorsqu'elle est due à des lésions inflammatoires, celles-ci se refroidissant, la trompe peut redevenir perméable, parfois de façon incomplète, ce qui expliquerait certaines récurrences survenues tardivement.

Mais dans d'autres cas, après une période de stérilité de durée variable, l'appareil génital reprend son fonctionnement normal, et on peut voir survenir une, deux et même trois grossesses utérines. Il nous reste

à étudier cette troisième éventualité, la plus intéressante, et qui fait l'objet de cette thèse.

La fécondité, chez les femmes opérées de grossesse ectopique, a été signalée depuis très longtemps, mais sa fréquence était mal établie.

Varnier donne deux grossesses utérines pour une récursive.

Pestalloza donne quatre grossesses utérines pour une récursive.

Par contre, PROUST (*Gazette des Hôpitaux*, 1915) prétend que la récursive est plus fréquente.

Enfin, pour Smith et Diétrich ainsi que Lecène, il y aurait six à sept fois plus de grossesses utérines que de récursives, et la majorité des auteurs se rallient à ce chiffre.

Cependant toutes ces grossesses ne vont pas à terme, et l'avortement ou l'accouchement prématuré sont assez fréquents.

Dans la statistique de J. Martin, 13 % des femmes ont mené leur grossesse à terme.

Pour G. Lavallée, sur 142 cas personnels, plus de 15 % eurent dans la suite un enfant vivant, et ce chiffre est inférieur à la réalité, beaucoup de femmes n'ayant pas donné de leurs nouvelles.

Dans l'ensemble, la grossesse normale menée à terme paraît trois ou quatre fois plus fréquente que la récursive et ce chiffre suffit à justifier les interventions conservatrices.

En consultant les registres de la Maternité de l'Hô-

pital Lariboisière, nous avons pu relever une centaine d'observations de femmes ayant dans leurs antécédents une grossesse ectopique opérée (1).

De prime abord, les faits se présentent de deux façons différentes :

- D'une part, et c'est le cas le plus fréquent, la grossesse ectopique est intercalée entre des grossesses utérines ;
- D'autre part, c'est la grossesse ectopique qui est la première en date, les grossesses suivantes étant normales.

Nous verrons, en analysant ces observations, que ce schéma pourra subir des modifications mais subsistera dans ses grandes lignes.

(1) Toutes n'ont pu être citées dans ce travail, plusieurs étant incomplètes; par ailleurs nous avons observé à la consultation prénatale de Lariboisière un nombre appréciable de femmes ayant été opérées de grossesse extra-utérine et actuellement suivies pour une grossesse normale.

Observations.

Nous avons relevé trente-huit observations de grossesse extra-utérine initiale suivie de grossesses normales.

Dans 27 cas, nous ne trouvons qu'une seule grossesse, en moyenne de un à trois ans après la grossesse ectopique ; mais des intervalles de cinq à sept ans ne sont pas rares, indiquant une période de stérilité assez longue. Parmi ces cas, il y eut 20 accouchements à terme, 5 accouchements prématurés avec enfant vivant. Dans un seul cas (obs. n° 3) l'enfant naquit en état de mort apparente après une laborieuse extraction du siège, et ne put être ranimé.

Signalons un cas (obs. n° 26) où l'on avait enlevé, en même temps que la trompe gravide, un kyste dermoïde de l'ovaire, cause probable de la greffe ectopique de l'œuf.

Enfin, dans l'observation n° 19, nous voyons que la grossesse utérine, prise au début pour une nouvelle ectopique, fut opérée vers le deuxième mois. Malgré cette intervention, la grossesse ne fut pas interrompue et alla à terme.

Obs. n° 1. — Vill... Louise, 32 ans. *Grossesse ectopique opérée* en 1924. Accouchement à terme le 21 avril 1926.

OBS. N° 2. — Mor... Fernande, 32 ans. *Grossesse ectopique opérée* en 1925. Accouchement prématuré, enfant vivant de 7 mois 1/2 le 6 décembre 1927.

OBS. N° 3. — Moul... Louise, 39 ans. *Grossesse ectopique opérée* en 1921. Extraction du siège d'un enfant à terme, en état de syncope blanche, impossible à ranimer, le 25 février 1928.

OBS. N° 4. — Dirugg... Irène, 21 ans. *Grossesse ectopique opérée* en 1928 (avril). Accouchement à terme au forceps le 18 février 1929.

OBS. N° 5. — Cad... Marie, 24 ans. *Grossesse ectopique opérée*. Accouchement normal à terme le 27 août 1929.

OBS. N° 6. — Cont... Georgette, 25 ans. *Grossesse ectopique opérée* en 1923. Accouchement naturel à terme le 22 novembre 1929.

OBS. N° 7. — Niv... Célestine, 28 ans. *Grossesse ectopique opérée* en 1924. Accouchement au forceps d'un enfant à terme le 26 novembre 1929. Il existait chez cette femme un utérus cordiforme.

OBS. N° 8. — Eyrig... Marie, 29 ans. *Grossesse ectopique opérée* en 1926. Accouchement naturel à terme le 23 décembre 1930.

OBS. N° 9. — Sell... Thérèse, 30 ans. *Grossesse extra-utérine opérée*. Accouchement naturel à terme le 29 décembre 1930.

OBS. N° 10. — Men... Walmyne, 29 ans. *Hématocèle opérée* en 1928. Accouchement naturel à terme le 3 janvier 1931.

OBS. N° 11. — Fisch... Simone, 24 ans. *Grossesse ectopique opérée* en 1931. Accouchement normal à terme le 13 mars 1932.

OBS. N° 12. — Guer... Marie, 21 ans. *Grossesse ectopique opérée*. Accouchement naturel le 16 juin 1932.

OBS. N° 13. — Rem... Fernande, 30 ans. *Grossesse ectopique opérée* en 1927. Accouchement naturel à terme le 28 avril 1933.

OBS. N° 14. — Buth... Marcelle, 25 ans. *Grossesse ectopique opérée*. Accouchement naturel à terme le 5 mars 1934.

OBS. N° 15. — Lacr... Lucienne, 28 ans. *Grossesse extra-utérine opérée*. Accouchement naturel à terme le 30 septembre 1934.

OBS. N° 16. — Chev... Paulette, 28 ans. *Grossesse extra-utérine opérée* en 1931. Accouchement au terme de 8 mois (forceps) d'un enfant vivant, le 12 décembre 1934.

OBS. N° 17. — Ba... Zelia, 27 ans. *Grossesse ectopique opérée* en 1931. Accouchement au terme de 8 mois. Siège décomplété, enfant vivant, le 26 janvier 1935.

OBS. N° 18. — Bouss... Elisabeth, 22 ans. *Grossesse ectopique opérée* en 1934 (avril). Accouchement naturel à 8 mois 1/2, enfant vivant, le 7 mars 1935.

OBS. N° 19. — La... Albertine, 26 ans. *Grossesse ectopique opérée* en 1930. Accouchement naturel à terme le 4 juillet 1935. Cette dernière grossesse avait au début, été prise pour une ectopique, et opérée en décembre 1934.

OBS. N° 20. — Ver... Solange, 21 ans. *Grossesse ectopique* en 1935. Accouchement naturel d'un enfant vivant de 8 mois, le 28 août 1936.

OBS. N° 21. — Teyss... Marcelle, 27 ans. *Hématocèle opérée* en 1929. Accouchement naturel à terme le 10 septembre 1937.

OBS. N° 22. — Mart... Camille, 28 ans. *Grossesse ectopique opérée* en 1930. Accouchement naturel à terme le 24 novembre 1937.

OBS. N° 23. — Champ... Jeanine, 37 ans. *Grossesse ectopique opérée* en 1936. Accouchement naturel à terme le 27 novembre 1937.

OBS. N° 24. — Mosk... Berthe, 30 ans. *Grossesse ectopique opérée* en 1936. Accouchement au forceps d'un enfant à terme le 17 janvier 1938.

OBS. N° 25. — Tché... Paris, 26 ans. *Grossesse extra-utérine opérée* en 1937. Accouchement à terme le 21 février 1939.

OBS. N° 26. — Mag... Antoinette, 38 ans. *Grossesse ectopique opérée* en 1937. Accouchement à terme au forceps le 22 mars 1939 ; lors de l'intervention, on enleva un kyste dermoïde du même côté que la trompe gravide.

OBS. N° 27. — Moug... Eliane, 29 ans. *Grossesse ectopique opérée* en 1934. Grossesse utérine normale de 7 mois environ le 2 mai 1939, suivie à la consultation pré-natale.

Nous analyserons maintenant onze observations de grossesse ectopique initiale, suivie de plusieurs grossesses utérines.

Dans sept cas, deux grossesses furent menées à terme (obs. n° 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38).

Une femme eut trois grossesses normales (obs. 28).

Deux femmes eurent : l'une (obs. 29), deux grossesses normales séparées par deux avortements successifs ; l'autre, trois accouchements normaux, et un avortement entre le deuxième et le troisième (obs. 35).

Enfin, dans l'observation n° 30, nous voyons, après la grossesse ectopique, une présentation de l'épaule avec hydrocéphalie du fœtus ; la syphilis était manifeste, et après traitement, une deuxième grossesse utérine évolua normalement.

OBS. N° 28. — Marr... Berthe, 25 ans. *Grossesse ectopique opérée*. Deux accouchements normaux. Accouchement naturel à terme le 30 février 1925.

OBS. N° 29. — Haupt... Esther, 32 ans. *Grossesse ectopique opérée* en 1929. Accouchement naturel à terme. Deux avortements. Accouchement naturel à terme le 18 août 1933.

OBS. N° 30. — Tub... Alice, 34 ans. *Grossesse ectopique opérée* en 1927. Accouchement prématuré d'un hydrocéphale mort à 3 mois (présentation de l'épaule. Syphilis traitée par la suite). Accouchement naturel à terme le 1^{er} décembre 1933.

OBS. N° 31. — Busth... Aimée, 26 ans. *Grossesse ectopique opérée* en 1933. Accouchement normal. Accouchement normal à terme le 2 mars 1935.

OBS. N° 32. — Dou... Lucie, 26 ans. *Grossesse ectopique opérée* en 1932. Accouchement d'un enfant mort-

né (siège) en 1933. Accouchement naturel à terme le 4 décembre 1935.

OBS. N° 33. — Cout... Angèle, 31 ans. *Grossesse ectopique* opérée en 1931. Accouchement normal. Accouchement naturel à terme le 16 novembre 1936.

OBS. N° 34. — Desb... Yvonne, 27 ans. *Grossesse ectopique* opérée en 1934. Accouchement normal à terme le 28 janvier 1938.

OBS. N° 35. — Seb... Thérèse, 27 ans. *Hématocèle* opérée en 1936. Deux accouchements normaux. Avortement spontané de 3 mois 1/2. Accouchement naturel à terme le 8 février 1938.

OBS. N° 36. — Oll... Alice, 23 ans. *Grossesse extra-utérine* opérée en 1934. Accouchement naturel (siège) en 1937. Accouchement naturel à terme le 15 octobre 1938.

OBS. N° 37. — Gu... Marthe, 23 ans. *Grossesse ectopique* en 1935. Accouchement normal à terme. Accouchement naturel à 8 mois 1/2, enfant vivant, le 26 novembre 1938.

OBS. N° 38. — Champl... Jeanne, 38 ans. *Grossesse ectopique* opérée en 1936. Accouchement normal à terme. Accouchement normal à terme le 24 février 1939.

Il ressort de ces trente-huit observations que la grossesse extra-utérine initiale est presque toujours suivie de grossesses normales. Son influence paraît nulle, et elle n'engage pas l'avenir de ces femmes opérées. La greffe ectopique de l'ovule est difficilement explicable par des lésions préexistantes de l'appareil génital, à

part quelques cas précis (obs. n° 51). Il faut alors admettre une de ces anomalies de l'œuf que nous avons vues plus haut.

Les grossesses ectopiques intercalaires sont plus fréquentes ; nous en avons relevé cinquante-deux cas. Dans trente-et-une observations, la grossesse ectopique était encadrée de grossesses utérines normales (obs. 39 à 69) ; dix-neuf fois la grossesse ectopique était précédée d'une utérine. Dans les autres cas, il en existait deux, trois, quatre, cinq et même six (obs. 41) ; la septième grossesse, ectopique, fut opérée par Devraigne à la Maternité de Lariboisière, et fut suivie, un an après, d'une huitième grossesse parfaitement normale.

Dans l'observation n° 63, la grossesse ectopique fut suivie d'une gemellaire.

Enfin, l'observation n° 61 offre une particularité assez rare : la grossesse extra-utérine coexistait avec une utérine : la première fut opérée à 3 mois ; la deuxième suivit son cours jusqu'au terme.

OBS. N° 39. — Par... Augusta, 27 ans. Accouchement normal. *Grossesse ectopique* de 6 mois 1/2 opérée en 1921. Accouchement naturel à terme le 10 novembre 1931.

OBS. N° 40. — Oll... Adrienne, 28 ans. Accouchement normal. *Grossesse ectopique* opérée en mars 1923. Accouchement naturel à terme le 14 février 1924. Accouchement naturel à terme le 28 mai 1926.

OBS. N° 41. — Mur... Marie, 26 ans. Six accouchements. *Grossesse ectopique* opérée en 1924 par M. Devraigne. Accouchement naturel presque à terme le 26 février 1925.

OBS. N° 42. — Brug... Marie, 30 ans. Deux accouchements normaux à terme. *Grossesse ectopique* opérée en 1923. Accouchement à terme au forceps d'un enfant ramimé le 1^{er} avril 1925.

OBS. N° 43. — Marq... Suzanne, 29 ans. Trois accouchements spontanés à terme. *Grossesse ectopique* opérée en 1923. Accouchement naturel à terme le 3 juillet 1926.

OBS. N° 44. — Clav... Henria, 40 ans. Deux accouchements normaux. *Hématocèle opérée*. Accouchement naturel à terme le 15 août 1926.

OBS. N° 45. — Chauv... Marguerite, 29 ans. Deux accouchements normaux à terme. *Grossesse ectopique*. Accouchement naturel à terme le 13 février 1928.

OBS. N° 46. — Rat... Alice, 28 ans. Accouchement normal. *Grossesse ectopique* opérée en 1927. Accouchement naturel à terme le 19 décembre 1928.

OBS. N° 47. — Pen... Thérèse, 30 ans. Accouchement normal. *Grossesse extra-utérine* opérée en 1927. Accouchement naturel à terme le 6 février 1929.

OBS. N° 48. — Loup... Jeanne, 34 ans. Accouchement normal. *Grossesse ectopique*. Accouchement naturel à terme le 5 avril 1929.

OBS. N° 49. — Car... Thérèse, 37 ans. Accouchement à terme. *Hématocèle opérée*. Accouchement naturel à terme le 11 mai 1930.

OBS. N° 50. — Mand... Céline, 37 ans. Accouchement normal en 1914. *Grossesse ectopique* opérée en 1928. Accouchement naturel à terme le 28 septembre 1930.

OBS. N° 51. — Cal... Lucie, 23 ans. Accouchement près du terme : enfant mort. Accouchement à terme : enfant mort à 3 mois. *Grossesse extra-utérine opérée*. Accouchement à terme : enfant vivant. Accouchement naturel à terme le 4 mars 1930.

OBS. N° 52. — Duv... Agnès, 31 ans. Accouchement normal. *Grossesse ectopique* opérée en 1929. Accouchement naturel à terme le 12 octobre 1930.

OBS. N° 53. — Lef... Marcelle, 31 ans. Accouchement normal en 1923. *Grossesse ectopique* opérée en 1927. Accouchement naturel à terme le 5 janvier 1931.

OBS. N° 54. — Lam... Stanislova, 29 ans. Trois accouchements naturels à terme. *Grossesse ectopique* opérée. Accouchement naturel à terme le 8 février 1931.

OBS. N° 55. — Mad... Marguerite, 28 ans. Accouchement normal en 1922. *Grossesse ectopique droite* opérée en 1930. Accouchement naturel à terme le 9 octobre 1931.

OBS. N° 56. — Burb... Angélique. Accouchement normal. *Grossesse tubaire* opérée en 1931. Accouchement naturel à terme le 14 mars 1933.

OBS. N° 57. — Neub... Marcelle, 31 ans. Accouchement presque à terme en 1929. *Grossesse ectopique* opérée en 1931. Accouchement naturel à terme le 18 avril 1934.

OBS. N° 58. — Pole... Hélène, 28 ans. Cinq accouchements normaux. *Grossesse extra-utérine* opérée. Accouchement naturel à terme le 2 mai 1934.

OBS. N° 59. — Del... Emma, 33 ans. Accouchement naturel (siège). *Grossesse tubaire* opérée en février 1933. Accouchement normal le 13 mai 1934.

OBS. N° 60. — Mes... Georgette, 32 ans. Deux accouchements normaux. *Grossesse extra-utérine* opérée. Accouchement normal le 21 juin 1934.

OBS. N° 61. — Mign... Sidonie, 29 ans. Accouchement normal. *Grossesse extra-utérine* opérée coexistant avec une grossesse utérine normale, à terme le 9 avril 1935.

OBS. N° 62. — Couss... Fernande, 33 ans. Deux accouchements normaux. *Grossesse ectopique* opérée. Accouchement naturel à terme le 12 juin 1935.

OBS. N° 63. — M^{me} Lem..., 25 ans. Deux accouchements normaux. *Grossesse ectopique* opérée en 1933. Accouchement naturel à terme de deux jumeaux bivitellins le 20 février 1936.

OBS. N° 64. — Hub... Marie, 35 ans. Quatre accouchements normaux. *Grossesse tubaire* opérée en 1930. Césarienne basse : extraction d'un enfant vivant, à terme, le 6 août 1936.

OBS. N° 65. — Guer... Marie. Accouchement normal. *Grossesse tubaire* opérée. Accouchement naturel à terme le 14 août 1936.

OBS. N° 66. — Prev... Fabienne, 37 ans. Accouchement à terme au forceps. *Grossesse ectopique* opérée en 1932. Accouchement naturel à terme le 24 décembre 1936.

OBS. N° 67. — Lipsz... Lafa, 28 ans. Grossesse normale en 1928. *Grossesse ectopique* opérée en 1935. Accouchement naturel à terme le 14 février 1938.

OBS. N° 68. — M^{me} Gode..., 29 ans. Grossesse normale en 1932. *Grossesse ectopique* opérée en 1934. Accouchement naturel à terme le 10 mai 1938.

OBS. N° 69. — Bu... Marie, 24 ans. Accouchement normal à terme. *Grossesse ectopique* opérée en 1938. Accouchement normal presque à terme le 16 janvier 1939.

Les dix-neuf observations qui suivent sont plus complexes : tantôt les gestations précédant la grossesse ectopique ne vont pas à terme, traduisant un dysfonctionnement de l'appareil génital. On peut admettre que la nidation ectopique a été favorisée par ces troubles.

Tantôt les gestations suivant la grossesse ectopique vont à terme ; mais dans certains cas, le retour à la normale n'est pas immédiat : des accouchements prématurés ou des avortements peuvent se produire d'abord.

Enfin, dans quelques cas seulement, après une phase de gestations normales, la survenue d'une grossesse ectopique semble troubler de façon durable le fonctionnement de l'appareil génital.

Nous rapporterons d'abord sept observations de grossesse ectopique précédée d'avortements ou d'accouchements prématurés, et suivie de grossesses normales (obs. n^{os} 70 à 76).

Dans une deuxième série de faits (six cas) la grossesse ectopique est précédée et suivie de fausses couches ou de couches prématurées ; mais dans

quatre cas la dernière grossesse fut normale (obs. n^{os} 77 à 82).

Enfin, dans la dernière série (six observations) la grossesse tubaire précédée d'un ou de deux accouchements normaux, fut suivie de gestations interrompues ou de couches prématurées (obs. n^{os} 83 à 88) ; deux fois sur six, seulement, la dernière grossesse alla à terme.

Mais, dans l'ensemble, ces accouchements prématurés ne constituent pas des accidents importants : la plupart des enfants nés entre 7 mois 1/2 et 8 mois vécurent. Tout au plus, indiquent-ils que l'appareil génital n'avait pas encore retrouvé son équilibre, quand ils survenaient après la grossesse ectopique.

Quant aux avortements, ils sont difficiles à interpréter, car il faut faire la part des gestations interrompues volontairement.

Après avoir exposé ces dix-neuf observations, nous rapporteront deux observations remarquables qui illustrent les possibilités de la chirurgie obstétricale. Il s'agit de deux femmes, ayant un bassin vicié, qui subirent deux opérations césariennes, firent une grossesse ectopique, et redevenues enceintes, subirent avec succès une nouvelle césarienne (obs. 89 et 90).

OBS. N° 70. — Her... Marthe, 31 ans. Fausse couche de 6 semaines. *Grossesse ectopique* opérée en 1921. Accouchement naturel à terme le 6 janvier 1923.

OBS. N° 71. — Jass... Célestine. Trois accouchements normaux. Accouchement prématuré. Avortement de deux

mois. *Hématocèle* opérée. Accouchement naturel à terme le 20 mai 1925.

OBS. N° 72. — Gerb... Marie, 33 ans. Fausse couche de 6 semaines. *Grossesse ectopique* opérée en 1923. Accouchement normal à terme le 31 janvier 1927.

OBS. N° 73. — Ber... Simone, 34 ans. Fausse couche de 4 mois. Accouchement normal. Accouchement prématuré à 8 mois. *Grossesse ectopique* opérée en 1925. Accouchement naturel à terme le 23 avril 1927.

OBBS. N° 74. — Fevr... Louise, 36 ans. Accouchement normal. Trois avortements de 2 à 3 mois. *Grossesse extra-utérine* opérée en 1920. Accouchement naturel à terme le 7 novembre 1932.

OBS. N° 75. — Nin... Gracia, 40 ans. Accouchement normal en 1922. Accouchement normal en 1924. Fausse couche de 2 mois en 1927. *Hématocèle* opérée en 1930. Accouchement naturel à terme le 26 juillet 1934.

OBS. N° 76. — Bonn... Marie, 30 ans. Accouchement normal en 1930. Deux avortements de 2 mois. *Grossesse ectopique* opérée en 1937. Accouchement naturel à terme le 6 avril 1938.

OBS. N° 77. — Four... Juliette, 22 ans. Accouchement prématuré 7 mois. Accouchement prématuré 6 mois 1/2. *Grossesse ectopique* opérée en 1926. Accouchement prématuré enfant vivant le 8 décembre 1927.

OBS. N° 78. — Quest... Marcelle, 37 ans. Six accouchements normaux. Fausse couche de 3 mois 1/2. *Grossesse ectopique* opérée. Accouchement prématuré 7 mois 1/2. enfant vivant, le 3 juin 1937.

OBS. N° 79. — Lebr... Antoinette. Deux accouchements prématurés à 7 mois. *Grossesse ectopique* opérée en 1930. Accouchement prématuré, fille vivante, en 1935. Accouchement naturel à terme le 16 février 1937.

OBS. N° 80. — Cana... Anette, 42 ans. Accouchement normal. Fausse couche de 3 mois 1/2. *Grossesse extra-utérine* opérée. Fausse couche de 1 mois 1/2. Accouchement naturel à terme le 1^{er} mars 1935.

OBS. N° 81. — Bl... Régine, 28 ans. Accouchement normal en 1926. Fausse couche de 4 mois en 1927. *Grossesse extra-utérine* opérée en 1928. Fausse couche de 2 mois en 1931. Accouchement naturel à terme le 23 septembre 1933.

OBS. N° 82. — Sec... Madeleine, 41 ans. Fausse couche de 2 mois. *Grossesse ectopique* opérée. Accouchement prématuré d'un enfant macéré. Accouchement à terme (forceps) le 4 juillet 1932 (femme traitée pour syphilis avant sa dernière grossesse).

OBS. N° 83. — Hemb... Louise, 37 ans. Accouchement à terme enfant mort-né, 1919. Accouchement normal enfant vivant, 1921. *Hématocèle* opérée en 1927. Accouchement prématuré enfant vivant de 7 mois 1/2 le 17 janvier 1929.

OBS. N° 84. — Tric... Madeleine, 24 ans. Deux accouchements normaux. *Grossesse extra-utérine* opérée. Fausse couche de 3 mois. Fausse couche de 4 mois en avril 1929.

OBS. N° 85. — Cor... Camille, 36 ans. Deux accouchements normaux. *Grossesse ectopique* opérée en 1926. Fausse couche de 3 mois. Accouchement le 4 avril 1931 d'un enfant à terme.

OBS. N° 86. — Ci... Jeanne. Deux accouchements normaux. *Grossesse ectopique* opérée en 1931. Fausse couche de 5 mois 1/2.

OBS. N° 87. — Az... Marie, 36 ans. Grossesse normale, accouchement à terme. *Grossesse ectopique* opérée. Accouchement prématuré enfant vivant de 8 mois le 4 juillet 1937.

OBS. N° 88. — Guer... Riva, 34 ans. Grossesse normale. *Grossesse ectopique* opérée. Accouchement prématuré à 6 mois, enfant mort. Accouchement naturel par le siège le 30 octobre 1938.

OBS. N° 89. — Cr... Edmée, 34 ans. Accouchement au forceps, enfant mort-né. Deux césariennes : enfants vivants. *Grossesse extra-utérine* opérée. Césarienne : enfant vivant, le 21 mars 1930.

OBS. N° 90. — Tr... Marie, 38 ans. Deux césariennes. *Grossesse ectopique* opérée. Césarienne itérative : enfant vivant, le 2 octobre 1930.

Discussion des cas observés.

L'analyse de ces 90 observations laisse l'impression que la grossesse ectopique opérée n'influence pratiquement jamais le fonctionnement ultérieur de l'appareil génital, en dehors bien entendu de la stérilité. En effet, sur 90 cas nous ne voyons que six fois des avortements après la grossesse extra-utérine, et il faut tenir compte des fausses couches provoquées. Dans sept cas seulement il y eut un accouchement prématuré, et sur les sept enfants, cinq vécurent.

Par contre, dans sept observations, nous avons remarqué qu'après une phase de gestations n'allant pas à terme, la grossesse ectopique terminait cette série malheureuse, et la grossesse suivante était normale en tout point (obs. n^{os} 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76). Il serait exagéré de parler d'une influence heureuse exercée par la grossesse ectopique, mais là moins qu'ailleurs, elle n'a paru troubler le fonctionnement de l'appareil génital.

*
* *

Les règles opératoires concernant la grossesse extra-utérine sont maintenant bien établies :

La majorité des chirurgiens et des accoucheurs

admettent la nécessité d'opérer, quel que soit l'âge de la grossesse ectopique, et sans essayer de se rapprocher du terme, pour avoir un enfant plus viable. Plus on tarde, et plus l'intervention est difficile et dangereuse pour la mère. D'après Guermeur cité par Devraigne (leçon clinique) :

la mortalité maternelle est de 5 % avant le septième mois,

de 32 % après le terme.

Les enfants qui ont pu naître dans ces conditions, étaient presque toujours débiles et atteints de malformations multiples : tel le cas de Demelin et Devraigne qui motiva la thèse de Delcamp.

Certains accoucheurs (Pinard, Brindeau et Jeannin) veulent tenter la chance de sauver, et de se rapprocher le plus possible du terme.

Mais les 13 % de rescapés, dont l'avenir est bien compromis, ne compensent pas les risques courus par les mères. Il faut donc, selon le mot de Werth, considérer la grossesse extra-utérine comme une tumeur maligne et l'enlever dans le plus bref délai. L'ablation de la trompe gravide, y compris toute sa portion interstitielle, est le temps opératoire capital.

Quelle conduite doit-on tenir vis-à-vis de l'autre trompe ? Son ablation systématique est une pratique périmée que rien ne peut justifier.

Mais faut-il l'extirper quand elle paraît malade ? Beaucoup de chirurgiens le conseillent. Cependant, nous avons vu qu'il était très difficile d'apprécier l'état des annexes du côté opposé, surtout au cours

d'une intervention dont le succès dépend de la rapidité. C'est pourquoi le diagnostic précoce de la grossesse ectopique présente un intérêt si grand : l'opération faite à froid en quelque sorte, permet un examen précis des annexes.

Mais il faut se souvenir que la trompe saine peut paraître pathologique sous l'effet d'une congestion passagère ; que des lésions inflammatoires peuvent régresser, et la trompe redevenir perméable. On a vu des grossesses utérines survenir très longtemps après, huit et dix ans parfois. Enfin, dans la pathogénie des récidives, il faut faire la part des causes ovulaires, imprévisibles.

Il en résulte que, dans la majorité des cas, il faut respecter les annexes du côté opposé. Certains chirurgiens poussent la conservation à l'extrême. Il est possible, en effet, qu'après avortement tubaire, la muqueuse de la trompe se reconstitue et redevienne sensiblement normale.

On a même préconisé (Muret) l'énucléation ou l'expression des débris d'avortement tubaire à travers la trompe, vers le pavillon.

Récemment, à la Maternité de Lariboisière, Seguy a pu, après ouverture de la trompe, enlever un œuf greffé dans la région ampullaire, et refermer la paroi.

Cependant, ces modes opératoires sont encore discutés. Keller a traité à fond cette question (*Gynécologie*, 1933), et craint la formation de polypes, ou même de chorio-épithéliomes, à partir des débris ovu-

lares. Enfin la récédive dans la même trompe est possible.

Par contre, il s'élève contre l'ablation systématique des deux annexes, illogique d'après lui, la greffe ectopique pouvant être due uniquement à l'œuf. Seuls les cas d'hématocèles déjà organisées, de grossesses extra-utérine âgées de plus de 5 mois, nécessitent des interventions plus étendues : les risques d'infection et d'hémorragie sont au premier plan et il faut assurer la sécurité immédiate de la malade.

Quant à la stérilité secondaire persistant malgré la présence d'une trompe, nous croyons que sa fréquence (70 %) pourrait diminuer. Il y aurait intérêt à pratiquer plus souvent le lipiodol intra-utérin en présence d'une stérilité durable.

J. Martin a montré, dans sa thèse, les renseignements qu'on pouvait en tirer, en appréciant le degré de perméabilité de la trompe restante.

Mais nous insisterons sur le rôle thérapeutique de cet examen, par ailleurs sans danger, qui peut dans bien des cas être suivi de grossesse.

A ce sujet, plusieurs observations concluantes ont été publiées par Th. Laennec récemment.

Conclusions.

Après avoir analysé dans ce travail 90 observations personnelles de grossesses normales après grossesse ectopique, nous rappellerons une fois de plus cette vérité si importante :

La grossesse extra-utérine opérée n'aggrave pas le pronostic des grossesses utérines ultérieures (Funck-Brentano, Brindeau et Jeannin, Devraigne).

Le chirurgien peut être conservateur au maximum, la fréquence des récidives étant faible, les risques d'une deuxième intervention pas plus grands que ceux de la première.

En regard de ces faibles risques, la possibilité de grossesses normales l'emporte de beaucoup. On ne saurait exagérer son importance, tant au point de vue familial qu'au point de vue social, dans notre pays qui a le record peu enviable de la dénatalité.

Nous avons vu par quels moyens on peut donner le maximum de chances de conception normale aux femmes opérées de grossesse ectopique :

*Chirurgie conservatrice,
Traitement de la stérilité.*

Leur avenir semble donc s'être modifié dans un sens très favorable, à condition qu'elles restent sous surveillance médicale ; et c'est ici que les consultations prénatales et les consultations de stérilité joueront un rôle capital.

Vu : le Président de la thèse,

P. MOCQUOT.

Vu : le Doyen,

M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- FUNCK-BRENTANO. — Thèse de Paris, 1897.
- COUVELAIRE. — Thèse de Paris, 1901.
- BRUEL. — Thèse de Paris, 1915.
- DELCAMP. — Thèse de Paris, 1918.
- MARTIN (J.). — Thèse de Paris, 1929.
- BRINDEAU et JEANNIN. — La Pratique de l'Art des accouchements.
- DEMELIN (L.) et DEVRAIGNE (L.). — Manuel de l'Accoucheur.
- DEVRAIGNE (L.). — Cliniques obstétricales.
- COTTE. — Grossesse extra-utérine itérative (*Lyon chirurgical*, 1923).
- LAVALLÉE (G.). — Fécondité et stérilité à la suite d'une grossesse extra-utérine (*Le Concours Médical*, 1937).
- STRASSMANN (E. O.). — Stérilité et fertilité après grossesse extra-utérine (*Europe Médicale*, 1937).
- GUILLEMEN (A.). — A propos de l'étiologie des grossesses tubaires (*Bull. de la Soc. de Gynéc. et d'Obst. de Paris*).
- KELLER (R.). — Réflexions à faire lors de l'opération d'une grossesse tubaire (*Gynécologie*, juin 1933).
- TORRE (M.). — Considérations cliniques et statistiques sur 22 cas de grossesses ectopiques récidivées (*Journ. de Chirurgie*, 1934).

OKINCZYK (J.). — Le problème des grossesses ectopiques
(*Esprit Médical*, 1938).

DEVRAIGNE (L.). — A propos du traitement de la grossesse extra-utérine (*La Médecine*, avril 1939).

LAENNEC (Th.). — Le lipiodol débouche-t-il les trompes ?
(*Idem.*).

3170. — Imp. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 5-1939
